

# HUBUNGAN PENGGUNAAN LP-LPO DENGAN KECUKUPAN DAN KERASIONALAN PENGGUNAAN OBAT DI PUSKESMAS

Max Joseph Herman\*, Sriana Aziz\*, Sarjaini Jamal\*, Sudibyo Supardi\*,  
Janahar Murad\*, SR Muktiningsih\*, Rini Sasanti\*

## ABSTRACT

### **THE CORRELATION BETWEEN THE IMPLEMENTATION OF LP-LPO WITH THE AVAILABILITY AND THE RATIONAL USE OF DRUGS AT HEALTH CENTRES**

*A study to determine the impact of the implementation of LP-LPO (Drug-use Report and Drug-request Form) upon the availability and the rational use of drugs at Puskesmas (Health Centre) had been carried out during 1998. The study location were four districts, i.e. Pasaman and Agam in West Sumatera and Pasuruan and Malang in East Java. The survey was conducted retrospectively by visiting 40 PHCs selected purposively to interview, observe and transfer data from 1997/1998 LP-LPO. Data concerning the implementation of LP-LPO through some variables, the availability of drugs and an evaluation of rational prescription based on the standard treatment guidelines in the year of 1997/1998 were collected. Multiple regression was used to analyze the correlation among variables of the implementation of LP-LPO and the availability as well as the rational use of drugs, following a general description of each variable involved at selected HCs.*

*The study revealed good results in the implementation of LP-LPO to manage the availability of indicator drugs at HCs. However, at most HCs the drug supply did not fit the request. The percentages of HCs in implementing LP-LPO in terms of variables of planning, scheduling, record keeping, timing of reporting, methods and data resources ranged from 50 to 80%. Statistically there was a significant correlation between the implementation of LP-LPO in terms of the above variables and the availability of drugs. On the contrary, there was no statistically significant correlation between drug availability and rational prescription, which was found only at 5% of HCs.*

## PENDAHULUAN

Pembangunan di bidang obat antara lain bertujuan untuk menjamin tersedianya obat dengan jenis dan jumlah yang tepat sesuai dengan kebutuhan, dengan mutu terjamin dan tersebar secara merata dan teratur, sehingga mudah diperoleh pada tempat dan waktu yang tepat. Meskipun

pengadaan obat sektor pemerintah dibiayai melalui beberapa sumber seperti bantuan Inpres, PT Askes Indonesia, APBD tingkat I dan II serta sumber lainnya, sering kali pengadaan obat belum dapat memenuhi kebutuhan sektor publik. Di samping faktor dana, ketidakcukupan obat dipengaruhi pula oleh berbagai faktor seperti faktor perencanaan/perhitungan

---

\* Pusat Penelitian dan Pengembangan Farmasi, Badan Litbangkes, Depkes RI, Jakarta.

perkiraan kebutuhan obat yang belum tepat yang antara lain tercermin dari pemilihan jenis dan jumlah obat yang tidak sesuai dengan pola penyakit serta faktor distribusi yang tidak memadai dan belum berfungsinya pengendalian persediaan oleh unit terkait. Untuk merencanakan jumlah obat yang dibutuhkan dapat digunakan metoda konsumsi yang berdasarkan pada analisis data konsumsi obat tahun sebelumnya atau metoda epidemiologi yang berdasarkan pada analisis data jumlah kunjungan, frekuensi penyakit dan pedoman pengobatan yang ada ataupun metoda kombinasi keduanya. Pengelolaan obat seharusnya didukung oleh sistem informasi manajemen obat terutama pencatatan dan pelaporan yang terpadu dalam rangka pengendalian persediaan, perencanaan, pengadaan dan pendistribusian. Pengelolaan obat yang baik akan menjamin kecukupan obat, sedangkan penggunaan obat yang rasional harus memenuhi syarat ketepatan diagnosis, indikasi pemakaian obat, pemilihan dan regimen terapi, penilaian kondisi penderita, pemberian informasi serta tindak lanjut<sup>1,2)</sup>.

Jumlah kunjungan pengobatan ke Puskesmas bertambah dari tahun ke tahun, namun kemampuan pemerintah dalam penyediaan biaya relatif tidak seimbang dengan tuntutan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan<sup>3)</sup>. Sementara itu komponen obat sendiri rata-rata menghabiskan 30% dari total biaya pelayanan kesehatan di Puskesmas<sup>4)</sup> dan penyakit infeksi masih merupakan masalah di Indonesia. Untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi pengelolaan obat dibutuhkan suatu strategi penurunan biaya yang antara lain dapat dilakukan dengan teknik analisis ABC dan sistem VEN (Vital, Esensial dan

Non-esensial). Analisis ABC mengelompokkan obat berdasarkan jumlah dana yang diserap oleh tiap jenis obat ke dalam 3 kelompok, sedangkan sistem VEN membagi obat menjadi 3 kelompok berdasarkan pada efek tiap jenis obat terhadap kesehatan<sup>5)</sup>.

Pemakaian obat dikatakan tidak rasional bila kemungkinan dampak negatif yang diterima lebih besar dibanding manfaatnya baik dampak klinis, ekonomi maupun sosial. Adapun faktor yang mempengaruhi terjadinya penggunaan obat tidak rasional antara lain penulis resep, pasien, sistem perencanaan dan pengelolaan obat, kebijaksanaan obat dan sistem pelayanan kesehatan serta lainnya. Salah satu contoh klasik untuk faktor sistem perencanaan dan pengelolaan obat adalah keterbatasan dana dan sarana.

Bentuk ketidakrasionalan penggunaan obat yang umum adalah:<sup>6)</sup>

1. Preskripsi berlebih yaitu bila obat yang sebenarnya tidak diperlukan untuk penyakit yang bersangkutan diberikan, termasuk pemberian obat dalam jumlah berlebih.
2. Preskripsi kurang yaitu bila pemberian obat kurang dari yang sebenarnya dibutuhkan baik dalam dosis maupun jumlah pemberian, termasuk tidak diberikannya obat yang dibutuhkan untuk penyakit yang bersangkutan.
3. Preskripsi salah meliputi pemberian obat untuk indikasi yang keliru, pada kondisi yang merupakan kontraindikasi pemberian obat, kemungkinan risiko efek samping lebih besar, atau pemberian informasi keliru.

4. Preskripsi majemuk yaitu bila diberikan beberapa obat untuk satu indikasi penyakit yang sama, termasuk pemberian lebih dari satu obat untuk penyakit yang diketahui dapat disembuhkan dengan satu jenis obat.

Laporan Penggunaan-Lembar Permintaan Obat (selanjutnya disingkat LP-LPO) merupakan perangkat lunak yang digunakan oleh Puskesmas untuk meminta obat dan sekaligus melaporkan pemakaian obat ke GFK, juga digunakan oleh sub-sub unit pelayanan untuk meminta obat ke Puskesmas. Kualitas penggunaan LP-LPO dapat dinilai dari penyusunan, metoda penyusunan, periode penyusunan dan sumber data penyusunan rencana kebutuhan obat serta pencatatan obat, pelaporan obat, ketepatan jadwal perencanaan dan kesesuaian jumlah obat yang semuanya mungkin saling berkaitan satu dengan yang lain. Sistem LP-LPO diberlakukan secara nasional mulai tahun anggaran 1994/1995 dengan tujuan untuk meningkatkan fungsi pengelolaan dan pelayanan obat di tingkat Puskesmas.

Sejak diberlakukan belum ada evaluasi apakah penerapan LP-LPO secara nasional berpengaruh terhadap kecukupan obat dan kerasionalan penggunaan obat di Puskesmas, terlebih dalam krisis ekonomi sekarang ini.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui keadaan penggunaan LP-LPO

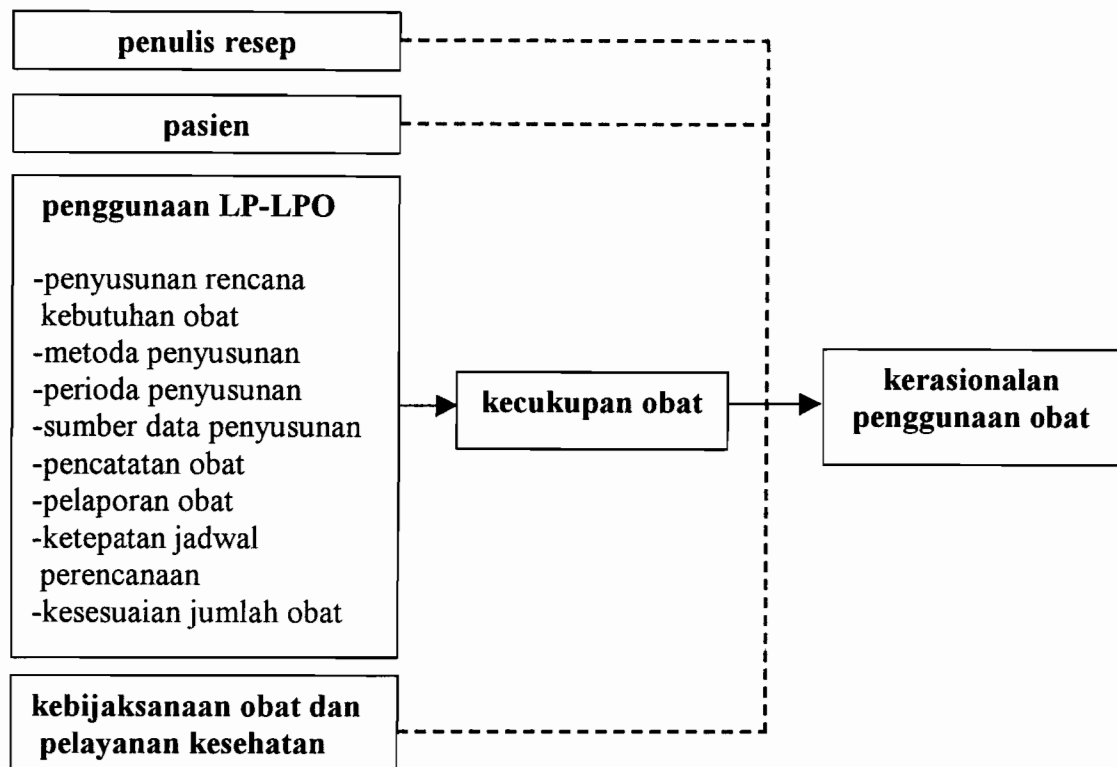
di Puskesmas, hubungan antara penggunaan LP-LPO dengan kecukupan obat di Puskesmas serta hubungan antara kecukupan obat dengan kerasionalan penggunaan obat di Puskesmas.

## METODOLOGI

Penelitian retrospektif dilakukan pada Puskesmas di Kabupaten Pasaman, Agam/Bukit Tinggi, Pasuruan dan Malang, sehingga hasilnya tidak berlaku umum untuk seluruh Puskesmas di Indonesia. Responden diambil secara purposif masing-masing 10 Puskesmas tiap kabupaten dan data penggunaan LP-LPO, kecukupan obat serta kerasionalan penggunaan obat yang dipergunakan adalah data tahun 1997/1998. Jenis obat yang dievaluasi sejumlah 15 jenis obat indikator yang ditetapkan berdasarkan kriteria ABC-VEN<sup>4,5)</sup>.

Data dikumpulkan melalui wawancara dan observasi yang meliputi : 30 kartu status per Puskesmas<sup>7,8)</sup>, buku registrasi, data kesakitan, kartu stok, buku catatan harian penggunaan obat, LP-LPO, Rencana Kebutuhan Obat, pedoman pengobatan. Analisis data dilakukan secara deskriptif, uji statistik regresi digunakan untuk menentukan ada/tidaknya hubungan bermakna antara penggunaan LP-LPO dengan kecukupan obat serta antara kecukupan obat dengan kerasionalan penggunaan obat.

Kerangka konsep penelitian disusun seperti berikut :



----- : tidak diteliti.

### Batasan operasional

1. *Penyusunan rencana kebutuhan obat* adalah kegiatan yang dilakukan untuk menyusun perencanaan kebutuhan obat. Penyusunan rencana kebutuhan obat dalam bentuk LP-LPO oleh Puskesmas berdasarkan data konsumsi dan epidemiologi yang meliputi :
  - a. jumlah obat diterima
  - b. jumlah obat digunakan
  - c. sisa obat
  - d. jumlah kunjungan
  - e. pola penyakit
  - f. persetujuan anggaran
  - g. pedoman pengobatan.
  - h. alokasi dana
  - i. naik sekian dari tahun lalu.

Penyusunan rencana kebutuhan obat dinilai “baik” bila mempertimbangkan  $\geq 5$  butir, “buruk” bila hanya  $< 5$  butir di atas.

2. *Metode penyusunan* adalah cara yang dipergunakan dalam penyusunan rencana kebutuhan obat antara lain metode konsumsi, metode epidemiologi atau metode kombinasi keduanya. Metode penyusunan dinilai “baik” apabila menggunakan metode kombinasi, “buruk” apabila hanya salah satu metode yang digunakan.
3. *Periode penyusunan* adalah frekuensi dilaksanakannya penyusunan rencana kebutuhan obat antara lain tahunan, enam bulanan, triwulanan, bulanan

atau tidak beraturan sesuai dengan *dropping*.

Periode penyusunan rencana kebutuhan obat dinilai "baik" bila disusun triwulan dan/atau bulanan, "buruk" bila enam bulanan dan/atau tahunan serta tidak beraturan.

4. *Sumber data penyusunan* adalah sumber yang dirujuk untuk mendapatkan data konsumsi/epidemiologi yang dibutuhkan dalam penyusunan rencana kebutuhan obat antara lain LB1, LP-LPO atau keduanya. Sumber data penyusunan dinilai "baik" apabila menggunakan LP-LPO dan LB1, "buruk" apabila hanya salah satu yang digunakan.
5. *Pencatatan obat* adalah proses kegiatan membuat catatan dalam rangka penatausahaan obat baik yang diterima, disimpan, didistribusikan maupun digunakan unit pelayanan kesehatan dalam bentuk :
  - a. buku agenda penerimaan dan pengeluaran obat
  - b. kartu stok obat
  - c. catatan harian penggunaan obat.
 Pencatatan obat dinilai "baik" bila menggunakan kombinasi dua sarana pencatatan dari buku agenda penerimaan dan pengeluaran obat, kartu stok obat atau catatan harian penggunaan obat, "buruk" apabila hanya menggunakan salah satu dari padanya.
6. *Pelaporan obat* adalah proses kegiatan membuat dan mengirimkan laporan tentang penyelenggaraan obat Puskesmas menggunakan formulir laporan bulanan LP-LPO, LORD dan

BAOH yang harus dikirimkan selambatnya tanggal 10 bulan berikutnya.

Pelaporan obat dinilai "baik" apabila menggunakan LP-LPO dan sebelum tanggal 10 tiap bulannya, "buruk" bila tidak ada LP-LPO atau setelah tanggal 10 tiap bulannya.

7. *Ketepatan jadwal perencanaan* adalah waktu menyusun, selesai dan mengirim rencana kebutuhan obat ke GFK. Ketepatan jadwal perencanaan dinilai "baik" bila mengikuti jadwal yang ditentukan oleh GFK, "buruk" bila di luar kurun waktu tersebut.
8. *Kesesuaian jumlah obat* adalah kesesuaian antara jumlah obat yang diminta dengan yang diterima dari 15 jenis obat indikator yang ditetapkan berdasarkan kriteria ABC-VEN yaitu: parasetamol tab., kotrimoksazol ped., kotrimoksazol dws., ampicilin 500 mg kap, deksametason inj., prokain penisilin inj., Ringer laktat inf., dekstrometorfan sir., oralit 200 ml, tetrasiklin kap, antasida DOEN, CTM, tablet besi, salep 2-4, dan antalgin tab.<sup>4,5)</sup>. Kesesuaian jumlah obat dinilai "baik" apabila  $\geq 10$  jenis obat dari 15 jenis obat indikator yang sesuai jumlah permintaan dan penerimaan obatnya, "buruk" apabila  $< 10$  jenis obat.
9. *Kecukupan obat* diukur berdasarkan ada tidaknya kekosongan di antara 15 jenis obat indikator di Puskesmas selama tahun anggaran 1997/1998 yang dapat diketahui dari LP-LPO, skala interval.

Kecukupan obat dinilai berdasarkan distribusi frekuensinya, yaitu “baik” apabila obat yang pernah kosong  $\leq 2$  jenis obat dari 15 jenis obat indikator, “buruk” bila  $> 2$  jenis obat.

Kerasionalan penggunaan obat dinilai “baik” bila  $\geq 50\%$  kasus penggunaan obatnya rasional.

10. *Kerasionalan penggunaan obat* dinilai dari ketaatan terhadap pedoman pengobatan dasar di Puskesmas untuk diagnosis tunggal. Dengan asumsi bahwa diagnosis, penilaian kondisi penderita dan pemberian informasi serta tindak lanjut sudah tepat, penggunaan obat dianggap rasional bila pedoman pengobatan yang ada digunakan dengan baik, skala interval.

## HASIL PENELITIAN

Penggunaan LP-LPO dapat dinilai dalam hal penyusunan, metode penyusunan, periode penyusunan dan sumber data penyusunan rencana kebutuhan obat serta pencatatan obat, pelaporan obat, ketepatan jadwal perencanaan dan kesesuaian jumlah obat. Tabel 1 - 4 dan Tabel 11 berikut ini menampilkan keadaan penggunaan LP-LPO secara deskriptif.

**Tabel 1. Distribusi Puskesmas Berdasarkan Penyusunan dan Metode Penyusunan Rencana Kebutuhan Obat per Kabupaten Tahun 1997/1998.**

Kabupaten	Jumlah Puskesmas ( % )			
	Penyusunan RKO		Metoda Penyusunan RKO	
	Baik	Buruk	Baik	Buruk
Pasaman	4 (40)	6 (60)	8 (80)	2 (20)
Agam/Bukit Tinggi	6 (60)	4 (40)	8 (80)	2 (20)
Pasuruan	6 (60)	4 (40)	7 (70)	3 (30)
Malang	5 (50)	5 (50)	2 (20)	8 (80)
<b>Jumlah</b>	<b>21 (52,5)</b>	<b>19 (47,5)</b>	<b>25 (62,5)</b>	<b>15 (37,5)</b>

Tabel 1 menunjukkan bahwa rata-rata di tiap kabupaten hanya separuh Puskesmas (52,5%) yang melaksanakan penyusunan rencana kebutuhan obatnya

dengan “baik” dan bahwa sebagian besar Puskesmas (62,5%) di keempat kabupaten memiliki metode penyusunan rencana kebutuhan obat yang “baik”.

**Tabel 2. Distribusi Puskesmas Berdasarkan Periode dan Sumber Data Penyusunan Rencana Kebutuhan Obat per Kabupaten Tahun 1997/1998.**

Kabupaten	Jumlah Puskesmas ( % )			
	Periode Penyusunan RKO		Sumber Data Penyusunan RKO	
	Baik	Buruk	Baik	Buruk
Pasaman	9 (90)	1 (10)	8 (80)	2 (20)
Agam/Bukit Tinggi	2 (20)	8 (80)	9 (90)	1 (10)
Pasuruan	5 (50)	5 (50)	10 (100)	0 (0.0)
Malang	0 (0.0)	10 (100)	4 (40)	6 (60)
<b>Jumlah</b>	<b>16 (40)</b>	<b>24 (60)</b>	<b>31 (77,5)</b>	<b>9 (22,5)</b>

Periode penyusunan rencana kebutuhan obat dari 40 Puskesmas sangat bervariasi dan sebagian besar

Puskesmas (77,5 %) memiliki sumber data penyusunan rencana kebutuhan obat yang “baik”.

**Tabel 3. Distribusi Puskesmas Berdasarkan Keadaan Pencatatan Obat dan Pelaporan Obat per Kabupaten Tahun 1997/1998.**

Kabupaten	Jumlah Puskesmas ( % )			
	Pencatatan Obat		Pelaporan Obat	
	Baik	Buruk	Baik	Buruk
Pasaman	7 (70)	3 (30)	10 (100)	0 (0.0)
Agam/Bukit Tinggi	10 (100)	0 (0.0)	5 (50)	5 (50)
Pasuruan	9 (90)	1 (10)	10 (100)	0 (0.0)
Malang	9 (90)	1 (10)	8 (80)	2 (20)
<b>Jumlah</b>	<b>35 (87,5)</b>	<b>5 (12,5)</b>	<b>33 (82,5)</b>	<b>7 (17,5)</b>

Tabel 3 menunjukkan bahwa sebagian besar Puskesmas (87,5%) melaksanakan pencatatan obat dengan

“baik” dan sebagian besar Puskesmas (82,5%) melaksanakan pelaporan obat dengan “baik” dalam tahun 1997/1998.

**Tabel 4. Distribusi Puskesmas Berdasarkan Ketepatan Jadwal Perencanaan dan Kecukupan Obat per Kabupaten Tahun 1997/1998.**

Kabupaten	Jumlah Puskesmas ( % )			
	Ketepatan Jadwal Perencanaan		Kecukupan Obat	
	Baik	Buruk	Baik	Buruk
Pasaman	9 (90)	1 (10)	4 (40)	6 (60)
Agam/Bukit Tinggi	7 (70)	3 (30)	4 (40)	6 (60)
Pasuruan	8 (80)	2 (20)	5 (50)	5 (50)
Malang	8 (80)	2 (20)	7 (70)	3 (30)
<b>Jumlah</b>	<b>32 (80)</b>	<b>8 (20)</b>	<b>20 (50)</b>	<b>20 (50)</b>

Dari Tabel 4 diketahui bahwa ketepatan jadwal penyusunan rencana kebutuhan obat sebagian besar Puskesmas (80%) “baik” dan bahwa dari 40 Puskesmas hanya separuh Puskesmas (50%) yang mempunyai kecukupan obat

“baik” dalam tahun 1997/1998. Kecukupan obat dinilai berdasarkan distribusi frekuensinya, yaitu “baik” apabila obat yang pernah kosong  $\leq 2$  jenis obat dari 15 jenis obat indikator, “buruk” bila  $> 2$  jenis obat.

**Tabel 5. Distribusi Puskesmas dan Distribusi Resep Berdasarkan Kerasionalan Penggunaan Obat per Kabupaten Tahun 1997/1998.**

Kabupaten	Jumlah Puskesmas ( % )		Jumlah resep ( % ), n = 300	
	Kerasionalan		Preskripsi	
	Baik	Buruk	Rasional	Irrasional
Pasaman	0 (0,0)	10 (100)	73 (24,3)	227 (75,7)
Agam/Bukit Tinggi	0 (0,0)	10 (100)	96 (32,0)	204 (68,0)
Pasuruan	2 (20)	8 (80)	92 (30,7)	208 (69,3)
Malang	0 (0,0)	10 (100)	88 (29,3)	212 (70,7)
<b>Jumlah</b>	<b>2 (5,0)</b>	<b>38 (95)</b>	<b>349 (29,1)</b>	<b>851 (70,9)</b>

Bila kerasionalan penggunaan obat dinilai berdasarkan “ketaatan” terhadap pedoman pengobatan dasar untuk diagnosis tunggal dan dianggap “baik” bila  $\geq 50\%$  kasus penggunaan obatnya rasional ternyata baru sedikit sekali Puskesmas (5%) yang memiliki kerasionalan

penggunaan obat yang “baik” dalam tahun 1997/1998. Tabel 5 juga menunjukkan bahwa rata-rata hanya 29,1% resep di keempat kabupaten yang rasional. Sebagai gambaran bentuk ketidakrasionalan tersebut dapat dilihat dalam tabel berikut.



**Tabel 6. Distribusi Resep Berdasarkan Bentuk Ketidakrasionalan Penggunaan Obat per Kabupaten Tahun 1997/1998.**

Bentuk Ketidakrasionalan	Jumlah resep (%)			
	Pasaman	Agam/BktTng	Pasuruan	Malang
Preskripsi berlebih	107 (47,1)	125 (61,3)	110 (52,9)	151 (71,2)
Preskripsi kurang	71 (31,3)	76 (37,2)	64 (30,8)	40 (18,9)
Preskripsi salah	49 (21,6)	3 (1,5)	34 (16,3)	21 (9,9)
<b>Jumlah</b>	<b>227 (100,0)</b>	<b>204 (100,0)</b>	<b>208 (100,0)</b>	<b>212 (100,0)</b>

Keterangan : Preskripsi majemuk termasuk preskripsi berlebih.

Tabel 6 menunjukkan bahwa ketidakrasionalan penggunaan obat di setiap kabupaten umumnya terjadi

dalam bentuk preskripsi berlebih diikuti oleh preskripsi kurang dan preskripsi salah.

### Hubungan Antara Penggunaan LP-LPO dengan Kecukupan Obat

**Tabel 7. Hasil Analisis Regresi Ganda Variabel Yang Mempengaruhi Kecukupan Obat.**

Variable	B	Beta	Sig T
LAP-OB	2.163278	.360546	.0180
PEN-RKO	1.252990	.274459	.0621
PER-RKO	-1.483720	-.320980	.0348
(Constant)	23.182416		.0000

R Square : .29520

Signif F : .0052

Keterangan : LAP-OB = pelaporan obat, PEN-RKO = penyusunan RKO, PER-RKO = periode penyusunan RKO.

Secara bersamaan ternyata ada 3 variabel independen yang mempengaruhi kecukupan obat sebesar 29.52%.

Variabel dimaksud secara berturutan adalah pelaporan obat, periode penyusunan dan penyusunan rencana kebutuhan obat.

### Hubungan antara Kecukupan Obat dengan Kerasionalan Penggunaan Obat

**Tabel 8. Hasil Analisis Regresi Kecukupan Obat Dengan Kerasionalan Penggunaan Obat.**

Variabel	B	Beta	Sig T
Kecukupan obat	.034632	.016557	.9192
(Constant)	7.166667		.0000

R Square : .00027

Signif F : .9192

Tabel 8 menunjukkan bahwa pengaruh variabel independen kecukupan

obat terhadap kerasionalan penggunaan obat secara statistik tidak bermakna.

**Tabel 9. Matriks Korelasi dari Variabel Pengaruh.**

Correlations:	PEN-RKO	MET-RKO	PER-RKO	SUM-RKO	TEP-RKO	CAT-OB	LAP-OB	KJO
PEN-RKO	1.0000							
MET-RKO	.4007*	1.0000						
PER-RKO	-.1431	.3162	1.0000					
SUM-RKO	.2068	.5719**	.1955	1.0000				
TEP-RKO	.0250	.1291	.2807	.1796	1.0000			
CAT-OB	.3974*	.1757	-.1543	.1584	.0000	1.0000		
LAP-OB	.0889	.0510	.2417	-.0906	.2632	-.1741	1.0000	
KJO	.2861	.4042*	-.0674	.2828	.1239	.0674	.1847	1.0000
N of cases: 40 1-tailed Signif: * - .01 ** - .001								

Keterangan : PEN-RKO = penyusunan rencana kebutuhan obat, MET-RKO = metoda penyusunan, PER-RKO= periode penyusunan, SUM-RKO= sumber data penyusunan, TEP-RKO= ketepatan jadwal perencanaan, CAT-OB= pencatatan obat, LAP-OB= pelaporan obat, KJO= kesesuaian jumlah obat.

Tabel 9 menunjukkan bahwa metode penyusunan perencanaan berkorelasi dengan penyusunan rencana kebutuhan obat, sumber data penyusunan dan kesesuaian jumlah obat,

sedangkan penyusunan rencana kebutuhan obat sendiri berkorelasi juga dengan pencatatan obat.

**Tabel 10. Hasil Analisis Regresi Masing-Masing Variabel Yang Mempengaruhi Kecukupan Obat.**

Variable	B	R-square	Sig T
PEN-RKO	1.609023	.1242	.0257
PER-RKO	-1.270833	.0746	.0882
SUM-RKO	-.207885	.0150	.8156
MET-RKO	-.400000	.0072	.6023
LAP-OB	1.844156	.0945	.0537
CAT-OB	.171429	.0060	.8789
TEP-RKO	-.843750	.0219	.3620
KJO	.11337	.0395	.2187

Dari 8 variabel independen yang mempengaruhi kecukupan obat, secara sendiri-sendiri ternyata yang pengaruhnya statistik bermakna secara berturutan

hanya variabel penyusunan rencana kebutuhan obat (12,42%), pelaporan obat (9,45%) dan periode penyusunan rencana kebutuhan obat (7,46%).

**Tabel 11. Distribusi Puskesmas Berdasarkan Kesesuaian Jumlah 15 Jenis Obat Indikator Yang Diterima Dengan Yang Diminta Per Kabupaten Tahun 1997/1998.**

Nama Obat	Pasaman			Agam/Bukit Tinggi			Pasuruan			Malang		
	Kurang	Sesuai	Lebih	Kurang	Sesuai	Lebih	Kurang	Sesuai	Lebih	Kurang	Sesuai	Lebih
Ampisilin 500mg kap.	4	0	6	2	1	7	5	1	4	4	0	6
Antalgin tab.	2	3	5	3	1	6	6	0	4	8	1	1
Antasida DOEN	2	3	5	3	3	4	7	0	3	4	5	1
Deksametason inj.	3	4	3	0	8	2	7	1	2	6	3	1
Dekstrometorfan sir.	6	1	3	1	3	6	2	1	7	1	0	9
Garam oralit 200ml	1	7	2	1	3	6	6	1	3	2	4	4
Klorfenir.maleat tab.	3	3	4	1	3	6	7	1	2	8	1	1
Kotrimoksazol ped.	1	4	5	2	4	4	0	10	0	1	9	0
kotrimoksazol dws.	4	3	3	2	3	5	6	1	3	6	2	2
parasetamol tab.	1	4	5	2	2	6	5	0	5	6	2	2
prokain-penisilin inj.	4	4	2	1	8	1	1	0	9	3	5	2
Ringer laktat inf.	2	5	3	0	5	5	7	2	1	5	2	3
salep 2-4	2	0	8	1	3	6	6	0	4	8	1	1
tablet besi	8	1	1	1	2	7	4	1	5	3	2	5
tetrasiklin kap.	7	0	3	2	1	7	2	2	6	3	1	6

Tabel 11 menunjukkan bahwa tidak ada di satu kabupaten pun Puskesmas yang jumlah permintaan dan penerimaan obatnya benar-benar sesuai. Di Kabupaten Pasaman dari 15 jenis obat indikator yang relatif sesuai jumlah permintaan dan penerimaannya hanya untuk garam oralit 200 ml (70%), sedangkan sebagian besar obat yang lainnya berlebih; di Kabupaten Agam/Bukit Tinggi hanya deksametason inj. (80%) dan prokain-penisilin inj. (80%), sedangkan sebagian besar obat yang lainnya berlebih; di Kabupaten Pasuruan hanya kotrimoksazol ped. (100%), sedangkan sebagian besar obat yang lainnya kurang dan di Kabupaten Malang kotrimoksazol ped. (90%), sedangkan sebagian besar obat yang lainnya kurang.

## PEMBAHASAN

Dari Tabel 1 terungkap bahwa penyusunan rencana kebutuhan obat 40 Puskesmas di 4 kabupaten yang diteliti hanya dari 21 Puskesmas (52,5%) yang “baik” dan metode penyusunan rencana kebutuhan obat dari 25 Puskesmas (62,5%) yang “baik”. Yang lainnya “buruk” dan mungkin disebabkan oleh karena penyusunan rencana kebutuhan obat hanya didasarkan pada metode konsumsi saja atau metode epidemiologi saja atau bahkan hanya ditetapkan naik sekian persen dari tahun yang lalu, sehingga dapat diperkirakan bahwa perencanaan kebutuhan obat belum mengikuti langkah-langkah yang semestinya. Hal ini sesuai dengan pemikiran Soetikno, yang menyatakan perencanaan efektif memerlukan penerapan secara sistematis metode dan prosedur berbagai disiplin ilmu untuk program dan proyek yang direncanakan

dalam jangka waktu tertentu<sup>9)</sup>. Lagi pula periode penyusunan rencana kebutuhan obat hanya dari 16 Puskesmas (40,0%) yang “baik” (Tabel 2), sehingga masih dirasakan perlu adanya pelatihan atau bimbingan teknis, yang tidak hanya sekali setahun atau bahkan kurang, tentang perencanaan kebutuhan obat bagi pengelola obat yang sebaiknya secara periodik berkesinambungan.

Sumber data penyusunan rencana kebutuhan obat, pencatatan obat, pelaporan obat dan ketepatan jadwal perencanaan relatif sudah “baik” (Tabel 2, 3 dan 4). Pengaruh dari variabel lain seperti metode penyusunan rencana kebutuhan dan pencatatan obat terhadap kecukupan obat mungkin sudah termasuk ke dalam variabel penyusunan rencana kebutuhan obat atau pelaporan obat karena adanya korelasi (Tabel 9). Hubungan sumber data penyusunan dengan kecukupan obat tidak bermakna, karena memang sumber data yang ada mungkin tidak pernah digunakan; sedangkan ketepatan jadwal perencanaan seperti terlihat dari tidak adanya hubungan dengan kecukupan obat (Tabel 10) bisa disebabkan oleh karena bergantung pada pihak lain atau pihak ke tiga yaitu Gudang Farmasi Kabupaten. Kenyataan pada saat ini menunjukkan kemungkinan bahwa setelah sekian lama penerapan penggunaan LP-LPO hanya memberikan arti manfaat dari segi administratif.

Dari Tabel 11 tampak bahwa di semua kabupaten, sebagian besar Puskesmas memiliki kesesuaian antara jumlah permintaan dan penerimaan dari 15 jenis obat indikator “buruk” dan Tabel 10 menunjukkan kesesuaian jumlah obat secara statistik tidak berpengaruh terhadap kecukupan obat. Banyak hal yang mungkin menjadi penyebab antara lain: (a)

kekurangan pada Puskesmas dalam hal penyusunan, metode penyusunan yang berkorelasi dengan kesesuaian jumlah obat dan periode penyusunan rencana kebutuhan obat seperti terlihat dalam Tabel 1, 2 dan 9, (b) kurangnya kerjasama/ koordinasi antara Puskesmas dan Gudang Farmasi Kabupaten serta (c) kemungkinan pendistribusian obat dari Gudang Farmasi Kabupaten ke Puskesmas yang lebih bersifat dropping seperti terungkap dari wawancara dengan beberapa pengelola obat. Hal ini pula yang besar kemungkinan menyebabkan ketidakcukupan obat di 50% Puskesmas seperti terlihat pada Tabel 4.

Kerasionalan penggunaan obat di 4 kabupaten masih sangat rendah yaitu hanya 5% Puskesmas yang kerasionalan penggunaan obatnya "baik" dengan rata-rata 29,1% resep yang rasional (Tabel 5) dan analisis statistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara kecukupan obat dengan kerasionalan penggunaan obat (Tabel 8). Di samping itu sebagian besar ketidakrasionalan tersebut berupa preskripsi berlebih dan/atau preskripsi kurang (Tabel 6) yang mungkin disebabkan oleh karena rendahnya kerasionalan penggunaan obat lebih ditentukan oleh kekurangtaatan kepada pedoman pengobatan sebagai akibat dari kurangnya pemahaman tentang pentingnya kerasionalan penggunaan obat untuk suatu pengobatan yang efektif dan efisien, permintaan dari pasien/masyarakat sendiri, kebiasaan preskripsi dari penulis resep, atau karena tidak adanya kesesuaian jumlah obat yang diminta dengan yang diterima (Tabel 11) ataupun pengelolaan obat yang lebih bersifat *top-down management*.

## KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan diambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Penyusunan rencana kebutuhan obat Puskesmas 52,5% "baik", metode penyusunan rencana kebutuhan obat Puskesmas 62,5% "baik" dan periode penyusunan rencana kebutuhan obat Puskesmas 40,0% yang "baik".
2. Sumber data penyusunan rencana kebutuhan obat, pencatatan obat, pelaporan obat serta ketepatan jadwal perencanaan Puskesmas relatif hampir semua "baik" (l.k. 80%).
3. Di ke-4 kabupaten, sebagian besar Puskesmas memiliki kesesuaian antara jumlah permintaan dan penerimaan obatnya "buruk".
4. Kerasionalan penggunaan obat di ke-4 kabupaten masih sangat rendah, yaitu hanya 5% Puskesmas yang "baik" dengan rata-rata jumlah resep yang rasional 29,1 % dan sebagian besar ketidakrasionalan tersebut berupa preskripsi berlebih dan/atau preskripsi kurang.
5. Ada hubungan antara penggunaan LP-LPO dengan kecukupan obat yang secara statistik bermakna dalam hal pelaporan obat, penyusunan dan periode penyusunan rencana kebutuhan obat.
6. Tidak ada hubungan yang secara statistik bermakna antara kecukupan obat dengan kerasionalan penggunaan obat.

Untuk memperbaiki penyusunan rencana kebutuhan obat, metode penyusunan rencana kebutuhan obat dan periode penyusunan rencana kebutuhan obat Puskesmas serta untuk meningkatkan kerjasama/koordinasi antara Puskesmas dan Gudang Farmasi Kabupaten diperlukan penyuluhan/pembinaan secara periodik minimal satu tahun sekali. Bentuk penyuluhan/pembinaan bisa secara langsung terhadap pengelola obat Puskesmas maupun melalui suatu media seperti buletin/leaflet secara teratur guna meningkatkan kecukupan obat.

Peningkatan kerasionalan penggunaan obat masih sangat perlu diupayakan melalui penerimaan konsep kerasionalan penggunaan obat oleh masyarakat dan petugas kesehatan, penelitian lebih jauh untuk menentukan faktor apa di luar kecukupan obat yang sesungguhnya dominan berperan dalam kerasionalan penggunaan obat itu sendiri serta dukungan regulasi dan pengawasan dalam pemanfaatan pedoman pengobatan yang ada.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Kuasa atas selesainya penelitian ini tepat pada waktunya. Pada kesempatan ini tidak lupa kami ucapkan terima kasih kepada:

1. Kepala Pusat Penelitian dan Pengembangan Farmasi, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI atas kepercayaan yang diberikan untuk melaksanakan penelitian ini.

2. Kepala Kanwil Depkes Provinsi Sumatera Barat dan Kepala Dinas Kesehatan Dati II Kabupaten Pasaman dan Kabupaten Agam/Kodya Bukit Tinggi serta Kepala Kanwil Depkes Provinsi Jawa Timur dan Kepala Dinas Kesehatan Dati II Kabupaten Pasuruan dan Kabupaten Malang yang membantu pengurusan ijin dan memberikan informasi dalam pemilihan lokasi penelitian.
3. Kepala beserta staf Puskesmas-Puskesmas tempat penelitian dilaksanakan.
4. Semua pihak yang telah membantu langsung maupun tidak langsung termasuk memberikan saran dalam penyusunan laporan ini.

## DAFTAR RUJUKAN

1. WHO (1987). The Rational Use of Drugs, Report of the Conference of Experts Nairobi, 25-29 November 1985, Geneva.
2. Departemen Kesehatan RI (1996). Pedoman Pengobatan Dasar di Puskesmas, Jakarta.
3. Departemen Kesehatan RI (1995). Profil Kesehatan, Jakarta.
4. Ditjen POM (1994). Laporan Hasil Evaluasi Akhir Uji Coba PPSDK Bidang Farmasi di Tiga Kabupaten, Jakarta.
5. Departemen Kesehatan RI (1990). Pedoman Perencanaan dan Pengelolaan Obat, Jakarta.
6. Departemen Kesehatan RI (1996). Supervisi Terpadu Pengelolaan dan Penggunaan Obat yang Rasional di Puskesmas, Materi Pelatihan, Jakarta.
7. WHO (1993). Action Programme on Essential Drugs. How to Investigate Drug Use in Health Facilities : Selected Drug Use Indicators, Geneva.

8. Ariawan, Iwan (1998). Modul : Metoda Survei Cepat untuk Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kotamadya, edisi kedua, Pusat Data Kesehatan, Departemen Kesehatan RI, Jakarta.
9. Soetikno, S. (1986). Kualitas Usulan Rencana Tahunan Kesehatan Dati II 1986 dan Faktor-faktor yang mempengaruhinya di Daerah Istimewa Aceh, Tesis Program Pascasarjana Universitas Indonesia, Jakarta.